



KIT Royal
Tropical
Institute



Collège National des
Gynécologues Obstétriciens
du Bénin

Benin Rapport

EVALUATION DES BESOINS DE PLAIDOYER POUR L'AVORTEMENT SECURISE

POUR LE COLLEGE NATIONALE DES GYNECOLOGUES OBSTRETICIEN DU BENIN (CNGOB)

MISE EN SERVICE PAR LA FÉDÉRATION INTERNATIONALE DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE
(FIGO)

CONDUITE PAR: KIT ROYAL TROPICAL INSTITUTE - UNITÉ DE SANTÉ

Kader Avonnon, Susan Bulthuis¹.

Mai 2018

KIT - Health

Mauritskade 63

1092 AD Amsterdam

Telephone +31 (0)20 568 8711

Fax +31 (0)20 568 8444

www.kit.nl/health

¹ Le premier et le deuxième auteur ont également contribué à ce rapport

Remerciements

L'équipe d'évaluation aimerait remercier tous ceux qui ont rendu possible cette évaluation des besoins. En premier lieu, ce sont les membres du CNGOB, en particulier ceux qui ont fait des efforts pour partager leurs points de vue et opinions. Nous remercions tout particulièrement Professeur Benjamin Hounkpatin, qui nous a ouvert les portes du CNGOB et nous a beaucoup aidés dans l'organisation de cette évaluation des besoins.

L'équipe aimerait souligner la contribution active et précieuse de tous les participants de l'atelier des parties prenantes, y compris les membres du CNGOB, le DSME, ABPF, ABMS/PSI, MAJ, WILDAF, l'association des sages-femmes et l'association des femmes juristes. Ce sont les participants qui ont façonné cette évaluation des besoins et le plan d'action qui l'accompagne.

Enfin, l'équipe aimerait remercier FIGO pour son soutien et ses conseils techniques.

Table des matières

Remerciements	2
Acronymes	4
Résumé	5
1. Introduction	6
Objectif de l'évaluation des besoins	6
Les objectifs d'évaluation des besoins	6
2. Méthodologie.....	7
Défis	8
3. Résultats.....	9
3.1 Revue documentaire.....	9
3.2 Enquête en ligne	16
3.3 Les entretiens avec des acteurs clés	20
3.4 Atelier de partie prenants.....	25
4. Conclusion.....	28
5. Recommandations pour le programme futur.....	30
Annexe 1 Programme et participants de l'atelier	32
Annexe 2: Aperçu de l'enquête en ligne sur les résultats.....	35
Annexe 3 : Réseautage.....	36
Annexe 4 : Analyse SWOT	38
Annexe 5 : Plan d'action du pays	40

Acronymes

ABMS	Association Béninoise pour le Marketing Social
ABPF	Association Béninoise pour la Promotion de la Famille
AFJB	Association des Femmes Juristes du Bénin
ASFB	Association des Sages-femmes du Bénin
CNGOB	Collège National des Gynécologues Obstétricien du Bénin
DPPD	Document de Programmation Pluriannuelle des Dépenses
EMICoV	Enquête Mondiale Intégrée sur les Conditions de Vie des ménages
FAQ	Frequently Asked Questions
FIGO	Fédération Internationale de Gynécologie Obstétrique
FJB	Les femmes juristes du Benin
IPPF	International Planned Parenthood Federation
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
KIT	Institute Royal des Tropiques / Royal Tropical Institute
MS	Ministère de la santé
MAJ	Mouvement d'Action des Jeunes
PF	Planification familiale
PIB	Produit Intérieur Brut
SNM/SRAJ	Stratégie Nationale Multi Sectoriel de Santé de la Reproduction des Adolescents et jeunes
SR	Santé de la Reproduction

Résumé

La présente évaluation vise à fournir une meilleure compréhension des capacités et des besoins du Collège National des Gynécologues Obstétriciens du Bénin (CNGOB). De façon spécifique, il vise l'identification des principaux besoins en matière de plaidoyer pour l'avortement sécurisé dans le cadre d'un futur projet multi-pays. En outre, elle a essayé d'apporter plus de clarté sur la façon dont la FIGO peut plus efficacement renforcer les capacités des sociétés nationales, dont le CNGOB. Pour ce fait, elle s'est basée sur la revue documentaire, une enquête en ligne adressée aux acteurs clés du collège, des entretiens avec différentes parties prenantes puis sur un atelier des acteurs membres et partenaire du CNGOB.

La revue documentaire et littérature, les entretiens avec les informateurs clés et l'atelier ont confirmé que l'avortement à risque et ses complications constituent un problème sérieux au Bénin, mettant en danger la vie de nombreuses adolescentes, filles et femmes. La pratique de l'avortement à risque est un phénomène assez répandu au point où, le besoin d'un avortement sécurisé pour réduire ce problème se pose et est urgent. Bien que le cadre légal (la loi 2003-04 du 03 Mars 2003 relative à la santé sexuelle et à la reproduction en son article 17) prévoit des circonstances d'accès à l'avortement, sa restriction met les prestataires de service dans un dilemme et une réelle confusion : fournir l'avortement (illégal mais sécurisé) ou ne pas fournir l'avortement avec la forte probabilité que les femmes chercheront un avortement à risque. Ainsi l'avortement, même sécurisé, est fourni clandestinement. De plus le plaidoyer en faveur de l'avortement sécurisé rencontre de nombreuses difficultés dans un contexte où les normes sociales, et les croyances religieuses sont enracinées en défaveur de l'avortement sécurisé. Alors, pour renforcer le plaidoyer en faveur de l'avortement sécurisé, il faut que le collège en partenariat avec les différentes parties prenantes initie un dialogue franc pour convaincre les tenants et aboutissants de ses normes sociales et convictions religieuses. La forte présence du CNGOB en tant que leader dans les connaissances techniques de l'avortement et son expérience, constituent une opportunité pouvant influencer et favoriser un réseautage avec des organisations partageant la même vision pour la défense et l'offre des services d'avortement sécurisé aux femmes qui expriment le besoin.

En tant que défenseur de l'avortement sécurisé, le collège devra dans la mise en place de son réseau relever les potentiels défis identifiés lors des entretiens avec les acteurs, et durant les deux jours d'atelier. Ceci pourrait inclure de :

- Renforcer la gestion et l'organisation de CNGOB comme un formidable plaidoyer pour l'avortement sécurisé ;
- Établir un réseau coordonné et dynamique d'associations qui soutiennent l'avortement sécurisé
- Transformer les normes sociales et du genre à tous les niveaux concernant l'avortement sans risques mais dans le contexte de la loi Béninoise
- Veiller à ce que le cadre juridique soit cohérent tout en menant une sensibilisation sur le cadre juridique aux parties prenantes à tous les niveaux pour une interprétation harmonieuse.
- Assurer un processus de création et d'utilisation des données pour la surveillance et la planification des services

Ces différents défis, identifiés en collaboration avec CNGOB, ont été repris et traduites en un plan d'action préliminaire avec des activités et des résultats concrets. Le plan d'action sera développé en collaboration avec CNGOB et la FIGO et servira de source d'inspiration pour le développement d'un futur programme pour la promotion de l'avortement sécurisé au Bénin.

1. Introduction

Ce rapport national est le résultat d'une évaluation des besoins menées par KIT Royal Tropical Institute avec le *Collège National des gynécologues obstétriciens du Bénin (CNGOB)* concernant le plaidoyer pour l'avortement sécurisé. Le Bénin est l'un des dix pays participant à une évaluation plus large des besoins pour un prochain projet multi-pays dirigé par la FIGO qui vise à accroître la capacité des sociétés nationales d'obstétrique et de gynécologie à devenir des leaders nationaux dans le travail de plaidoyer pour l'avortement sécurisé.

Objectif de l'évaluation des besoins

Cette évaluation des besoins est la première phase d'un projet d'avortement sécurisé à venir et devrait permettre une meilleure compréhension des capacités et des besoins du CNGOB, pour ensuite identifier les principaux besoins en matière de plaidoyer pour l'avortement sécurisé que le projet multi-pays pourrait adresser. En outre, il devrait fournir plus de clarté sur la façon dont la FIGO peut renforcer plus efficacement les capacités des sociétés nationales, dont le CNGOB. Cela inclut la formulation de recommandations sur le contenu du programme de renforcement des capacités par le développement des plans d'action des pays avec budget, ainsi qu'une proposition de programme global pour l'ensemble des dix pays.

Les objectifs d'évaluation des besoins

Les objectifs spécifiques sont que d'ici la fin de l'évaluation des besoins dans dix pays, la FIGO devrait avoir:

1. Un aperçu de la situation de l'avortement dans chaque pays
2. Une compréhension de la capacité et des besoins de chaque Société nationale d'obstétrique et de gynécologie sur le plaidoyer pour l'avortement
3. Un Plan d'action pour chaque Société nationale d'obstétrique et de gynécologie élaboré dans le cadre d'un processus de collaboration
4. Des recommandations sur le rôle de la FIGO pour renforcer les capacités des dix Sociétés nationales en tant que défenseurs de l'avortement, traduites en une proposition globale

2. Méthodologie

Cette évaluation des besoins a été formative et l'approche utilisée a été hautement participative. Cela signifie que des mécanismes constants de communication et de feedback avec CNGOB ont été mis en place afin d'avoir une compréhension mutuelle et de définir des objectifs à l'unanimité. Les méthodes suivantes ont été utilisées pour atteindre les objectifs de l'évaluation:

1. Revue documentaire

Une revue documentaire a été effectuée entre février et avril 2018 au moyen d'un outil d'examen documentaire. Les bases de données universitaires/scientifiques et la littérature grise ont été recherchées pour les thèmes pertinents abordés dans le cadre d'évaluation (rapport initial). Le CNGOB a été sollicités pour améliorer et valider la documentation lors de l'atelier.

2. Enquête en ligne

Une enquête en ligne, utilisant le logiciel Survey Monkey, a été envoyée aux 91 membres du CNGOB pour les interroger sur leur appartenance au CNGOB, la position de la société envers l'avortement sécurisé et leur propre position professionnelle et personnelle sur l'avortement médicalisé. KIT a envoyé le lien Web aux membres du collège le 28 March 2018. Avant de commencer l'atelier les versions papiers de l'enquête ont été remplies par quelques répondants qui n'avaient pas encore rempli l'enquête en ligne. Après plusieurs rappels pour obtenir plus de réponses, 40 réponses sont revenues dont 36 étaient complètes (taux d'achèvement de 90%). L'enquête est restée ouverte pendant 5 semaines et a été clôturée le 7 Mai 2018. L'analyse a été réalisée à l'aide du logiciel Survey Monkey.

3. Entretien avec des informateurs clés

Au total, 10 informateurs clés ont été interviewés les 2,3 et 4 Avril 2018. Ils comprenaient des représentants du CNGOB, le Mouvement d'Action des Jeunes, IPPF/ABPF, PSI/ABMS, l'ASFB, les femmes juristes du Bénin et le Ministère de la Santé (MS). Les interviews ont été menées dans les lieux de travail (cliniques comme bureau) des représentants. Avec leur permission, les interviews ont été enregistrées ainsi que la prise de notes. Ces prises de notes ont été renforcées en utilisant les enregistrements. Les notes ont été rassemblées et organisées en fonction des domaines thématiques décrits dans la section des constats. Les résultats ont été analysés en tenant compte des différentes perceptions concernant l'avortement sécurisé.

4. Atelier des parties prenantes

Un atelier de deux jours a eu lieu à Cotonou du 5 au 6 Avril. Le but de l'atelier était d'identifier les besoins du CNGOB pour le plaidoyer pour l'avortement et développer un plan d'action pour la prochaine proposition de plaidoyer pour l'avortement sécurisé qui sera développée pour les Sociétés Nationales d'Obstétrique et de Gynécologie dans dix pays impliqués dans l'évaluation des besoins.

Les objectifs étaient qu'à la fin de l'atelier, les participants auront:

1. Discuté et identifié des opportunités et des obstacles pour fournir un avortement sans risque dans le pays sur la base de la présentation sur dossier et de sa propre expérience.
2. Exploré leurs valeurs personnelles et professionnelles liées à l'avortement et les activités identifiées pour améliorer l'accès à l'avortement sécurisé et les soins post-avortement basés sur l'éthique professionnelle.
3. Exploré les implications de la loi et des politiques nationales sur l'avortement pour l'accès à l'avortement sécurisé.
4. La capacité d'expliquer le concept et les niveaux de plaidoyer et d'identifier les défis et les obstacles de la défense de l'avortement.
5. Identifié les forces et les faiblesses de la société nationale dans la défense de l'avortement.

6. Formulé des points d'action pour un programme de plaidoyer pour l'avortement.

L'atelier a regroupé 30 participants des différentes institutions précitées. Un programme complet de l'atelier et la liste des participants se trouvent à l'annexe 1.

Défis

L'un des défis de la documentation est que les informations disponibles sur l'avortement au Bénin sont limitées. Cela fait que toutes les informations que nous recherchions n'étaient pas disponibles et que nous ne disposions que de quelques rapports et articles. En plus, les difficultés rencontrées durant les entretiens étaient en grande partie liées à la limite de temps pour couvrir tous les informateurs clés pertinents. Certaines entrevues ont été annulées parce que l'interviewé n'était pas disponible aux jours prévus ou en retard. S'il y avait eu davantage de participants, il y aurait eu plus de perspicacité dans les réponses. Cependant, les intervieweurs ont estimé qu'ils ont atteint un certain niveau de saturation.

Les participants ayant pris part à l'atelier et aux entretiens, sont principalement venus des zones urbaines: Cotonou et Porto-Novo. Cela a donné un bon aperçu de ce qui se passe dans les zones urbaines ; cependant il y a eu moins d'informations disponibles sur les zones rurales qui pourraient aussi montrer d'autres réalités.

Concernant l'enquête, le taux de réponse était de 44%. On a essayé de prendre en compte la voix de la plupart des membres. Cependant, en raison du manque d'adresses e-mail dans la liste des membres, il n'a pas été possible d'envoyer l'enquête à tout le monde. En outre, il est possible que ce soit uniquement les membres qui sont intéressés par le sujet aient rempli le questionnaire, ce qui pourrait influencer légèrement les résultats.

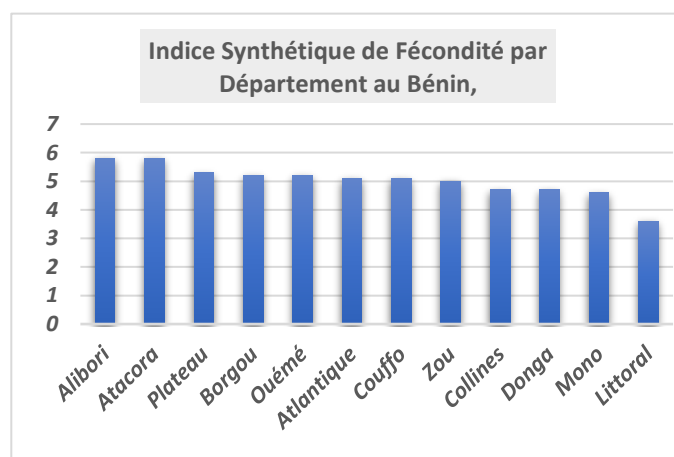
3. Résultats

3.1 Revue documentaire

Informations démographiques et socio-économiques

En 2013, le quatrième Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH4) a permis de dénombrer 10 008 749 habitants dont 51,2% de sexe féminin au Bénin (INSAE, RGPH4: Que retenir des effectifs de population en 2013, 2015). En 2018, cet effectif a augmenté et selon les estimations à 11 496 140 d'habitants. 44,6% de la population béninoise vit en milieu urbain et 55,4% vivent en milieu rural (INSAE, 2013). Le pays présente une population assez jeune ; 45% ont moins de 15 ans et les 15- 54 ans constituent 50% de la population (Turner, Senerowics, & Marlow, 2016). L'espérance de vie à la naissance est de 63.84 ans pour les deux sexes dont (64.74 en milieu urbain et 61.88 en milieu rural) (INSAE, 2013).

En 2012, une femme béninoise a en moyenne 4,9 enfants à la fin de sa vie féconde, le nombre moyen d'enfants par femme variant de 4,3 en milieu urbain à 5,4 en milieu rural (INSAE, 2013). Le graphique ci-contre montre des disparités au niveau départemental allant de 3.6% dans le littoral à 5.8 dans l'Alibori du Bénin. En plus on note une grande disparité de fécondité basée sur les différents niveaux d'éducation et de richesse (Turner, Senerowics, & Marlow, 2016). En 2014, le taux de croissance du Produit Intérieur Brut (PIB) était de 6,5%. Le PIB était de 8,583 milliards \$USD (2016) et le PIB/habitant s'élevait à 789 \$USD (2016) (Population data, 2018). En 2011, 36.2% de la population vivait en dessous du seuil de pauvreté (Index Mundi, 2018). De 2011 à 2015, le seuil de pauvreté global a connu une aggravation d'environ 16,5%. Il est passé de 120 839 FCFA par tête en 2011 à 140 808 FCFA en 2015 (EMICOV, 2015).



Indicateurs sur les Droits en Santé Sexuelle et Reproductive au Bénin

Au Bénin, le taux de mortalité maternelle est élevé : 336 décès pour 100 000 naissances vivantes dont 289 en milieu urbain et 367 en milieu rural (INSAE, 2013). D'autres sources montrent même un chiffre plus élevé : 347 décès maternels pour 100000 naissances vivantes (MICS, 2014-2015). L'institut Guttmacher décrit qu'entre 2007 et 2012, 19% des naissances étaient imprévues (Guttmacher Insitute, 2015). Selon EDSB IV, ce taux était de 17.6 % chez les 15-24ans dont 11% en milieu urbain et 21 % en milieu rural (INSAE, 2013).

La proportion des femmes en union ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale est estimée à 33 % dont 21% pour espacer les naissances. Chez les adolescentes en union et sexuellement actives, (15-19 ans), les besoins non satisfaits étaient estimés respectivement à 35% et à 51% chez celles non en union et sexuellement actives (INSAE, 2013). Le taux de natalité chez les adolescentes (15-19 ans) était de 94 pour 1000 naissances vivantes (INSAE, 2015). Ce qui fait qu'environ 274 222 grossesses surviennent chez les adolescentes et jeunes filles par an dont 14 664 grossesses sont menées à terme mais avec un enfant mort-né et 1 mort maternelle sur 5 est d'une fille-mère de moins de 18 ans². Selon l'EDSB4, en 2013, 14% des adolescentes du Bénin seraient mariées avant l'âge de 15 ans, et 36% avant 18 ans (INSAE, 2013). Le tableau 1 montre les données sur la santé de la reproduction chez les adolescent et jeunes du Benin.

² Stratégie Nationale Multi Sectoriel de Santé de la Reproduction des adolescents et jeunes (2018-2021) SNMSRAJ

Tableau I: Données sur la santé de la reproduction des adolescents et jeunes du Bénin³

Indicateurs	% des femmes âgées de 20-49 ans mariées avant l'âge de		Taux de fécondité chez les adolescents (naissances pour 1000 femmes âgées de 15-19 et 20-24 ans) 2014		% des femmes utilisant une méthode contraceptive moderne 2005/2011	
	15 ans	18 ans	15-19 ans	20-24 ans	15-19 ans	20-24 ans
Données	10%	32%	94	259	4%	6%

Indicateurs et preuves sur l'avortement

Les informations et les données récentes sur l'avortement ne sont pas assez disponibles, probablement à cause de la sensibilité du sujet. Cependant, le ministère de la santé estime que les avortements à risques sont toujours de mise et représentent jusqu'à 15% des décès maternels (données hospitalières) (Ministère de la santé, 2011). Une étude réalisée en 2016 sur la thématique révèle que 73 321 avortements provoqués et 68 922 avortements spontanés ont lieu au plan national. Une étude de 5 ans menée au Bénin dans 03 hôpitaux montre que 3.139 femmes avaient été hospitalisées pour des avortements incomplets (issus d'une interruption volontaire (IVG), sur lesquels 630 n'avaient pas nécessité de soins, 1.277 avaient été traitées par Aspiration Manuelle Intra Utérine (AMIU) et 537 par administration de Misoprostol (Turner, Senerowics, & Marlow, 2016). En 2016, le nombre d'avortement enregistré en milieu hospitalier est de 11 423⁴. Le tableau 2 montre les données sur les avortements à risque ou sécurisés au Bénin (ABPF, 2015).

Tableau II : Données sur les avortements à risques ou sécurisés au Bénin (SGI/DPP)

Années (2010-2016)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Pourcentage de grossesses se terminant par un avortement sûr / à risque (Rapport nombre d'avortement et nombre de CPN1)	0.86%	0.94%	0.66%	0.93%	0.88%	0.89%	0.84%
Nombre d'avortement enregistré en milieu hospitalier au plan national par an.	8 991	10 152	10 974	10 832	9 813	10 849	11 423

Une étude fait par Ezin (2016) parmi les adolescents et jeunes (12-25 ans) dans la communauté de Tchaourou décrit que le taux d'avortement chez les filles enquêtées est de 9%, 5% était des avortements volontaires et 4% était des avortements spontanés. Cela pourrait être une sous-estimation car souvent l'avortement n'est pas inclus dans le registre.

Contexte juridique et politique

Lois et politiques nationales sur l'avortement

Les derniers 15 ans, les lois sur les avortements au Bénin ont été libéralisées. Mais avant ces changements, les avortements étaient seulement autorisés pour sauver la vie d'une femme (Turner, Senerowics, & Marlow, 2016). En 2003, une nouvelle loi sur la santé de la reproduction (loi 2003-04 du 03 Mars 2003) a été votée et dans cette loi c'est l'article 17 qui définit les conditions dans lesquelles

³ SNM/SRAJ (2018-2022)

⁴ SGI/DPP/Ministère de la Santé - (SNM/SRAJ 2018-2022)

se réaliseront l'interruption volontaire de grossesse (Republique du Benin, 2003). Cette loi autorise les services d'avortement dans trois conditions au Bénin :

- « Lorsque la poursuite de la grossesse met en danger la vie et la santé de la femme enceinte.
- A la demande de la femme lorsque la grossesse est la conséquence d'un viol ou d'une relation incestueuse.
- Lorsque l'enfant à naître présente une malformation congénitale » (Republique du Benin, 2003, p17).

Dans l'article 17, il est également prévu qu'un décret est nécessaire pour fixer la procédure et conditions légales de l'interruption volontaire de grossesses (Republique du Benin, 2003). Cependant, depuis 2002, la prise de ce décret n'est pas encore effective et les conditions d'accès aux services d'avortement restent compromises (Turner et al. 2016). Par exemple il n'a pas été défini celui qui est autorisé à faire les avortements ou quelles procédures doivent être suivies par les prestataires.

Cependant en 2011, le document « guides et standards sur l'avortement médicalisé au Bénin » a été élaboré par le Ministère de la Santé avec la collaboration de IPAS et de le Collège National des Gynécologues Obstétriciens (CNGOB). Ce guide donne des directives sur l'interruption des grossesses jusqu'à 12 semaines dans tous les établissements qui ont un service de gynécologie avec une capacité technique suffisante pour gérer les complications. En plus, l'importance sur l'avortement sécurisé a été soulignée et le langage progressif est utilisé sur les droits des femmes et les avortements (Turner, Senerowics, & Marlow, 2016).

En effet les dispositions législatives sur l'avortement au Bénin permettent au regard de ce qui précède, l'avortement en cas de risque pour la santé, de viol, d'inceste ou de malformation congénitale et en cas de danger pour la vie de la femme enceinte. Mais le fait est que ces dispositions législatives ne sont pas connus par les prestataires, les bénéficiaires et autres parties prenantes (juristes, organisation de la société civile, police, etc.) et cela crée des difficultés (Turner, Senerowics, & Marlow, 2016). La loi et le guide élaboré pour l'avortement médicalisé n'ont pas été vulgarisés donc ne sont pas connues par des acteurs clés.

Code pénal & Code de l'enfant

En 2003 la loi 2003-04 a été votée et promulguée autorisant l'avortement sous certaines conditions. Toutefois, le code pénal béninois qui criminalise l'avortement devrait être rendu conforme à la dite loi de 2003. Ainsi il y a des peines de prison et amendes (aussi pour les personnes reconnues complices ou coupables de pratiques d'IVG) prévu par ce code pénal en cas d'avortement. Cependant la loi de 2015 portant code de l'enfant en République du Bénin, a prévue des dispositions pénales en ses articles 324, 325, 326, et 330 qui sont harmonisés avec la loi SR 2003-04. Dans le code d'enfant, c'est décrit que la femme qui se fait avorter, l'avorteur et le complice seront punis. Les peines variées d'amendes à l'emprisonnement et la suspension.

Code de l'enfant (loi 2015-08 portant code de l'enfant en République du Bénin) :

Article 324 : *Celui qui, par des aliments, des breuvages, des médicaments, des violences ou par tout autre moyen fait avorter une femme, est passible d'une peine de cinq (5) ans à vingt (20) ans de réclusion et d'une amende de deux cent mille (200 000) à cinq cent mille (500 000) francs CFA.*

S'il en est résulté la mort de la femme, le coupable est puni d'une peine de réclusion à perpétuité.

Article 325 : *La femme qui, volontairement avorte ou se fait avorter, est punie de cinq (5) ans à vingt (20) ans de réclusion et d'une amende de deux cent mille (200 000) à cinq cent mille (500 000) francs CFA.*

Article 326 : *L'auteur d'une tentative d'avortement est puni des peines prévues à l'article 325 de la présente loi. Le complice est puni des mêmes peines.*

Article 330 : *Le médecin ou la sage-femme qui est auteur d'un avortement non autorisé, perd le bénéfice du montant intégral de l'acte dont il est mis en débet au profit du Trésor public. Le matériel utilisé est saisi et est fait don à une formation sanitaire publique. S'il est un agent fonctionnaire de l'Etat, il est rétrogradé d'un échelon dans son plus haut grade et est suspendu de tout avancement pendant deux (02) ans. Il est également puni des mêmes peines que conformément aux dispositions de l'article précédent.*

Caractéristiques des femmes qui cherchent l'avortement

Peu d'informations sont disponibles sur les caractéristiques des femmes qui cherchent l'avortement. Dans l'étude de Turner, Senerowics, Marlow (2016) les participants ont partagé que les plus riches femmes bénéficient de plus hautes qualités de soins (avortement) et que les femmes pauvres sont forcés de partir dans les centres avec des prestataires moins qualifiés ou même les personnes sans formation formelle (Turner, Senerowics, & Marlow, 2016). En plus, dans cette étude il est noté que la connaissance sur le misoprostol est assez faible, surtout chez les femmes moins éduquées, plus âgées ou les femmes en dehors de la ville qui sont considérées comme beaucoup moins susceptibles de connaître et d'utiliser le misoprostol. Les jeunes, urbains, instruits et les femmes sont les plus grands utilisateurs du médicament (Turner, Senerowics, & Marlow, 2016)

Obstacles à l'avortement sécurisé

Une étude sur l'utilisation du misoprostol au Bénin et Burkina Faso décrit plusieurs obstacles à l'accès des femmes aux services d'avortement (Baxerres, Boko, Konkobo, Ouattara, & Guillaume, 2018). Ces obstacles incluent :

- La méconnaissance de la loi par les femmes ;
- La méconnaissance de la loi par les professionnels de la santé ;
- La position des professionnels de la santé contre les avortements ;
- Une autorisation médicale est requise pour l'avortement en cas de risque pour la vie de la femme et de malformation fœtale;
- Une autorisation légale est requise en cas de viol et d'inceste ;
- La stigmatisation comme l'avortement n'est pas conforme aux normes sociales et religieuses.

Stigmatisation de l'avortement

Au Bénin, un grand obstacle pour avoir accès à l'avortement est la forte stigmatisation sociale (Turner, Senerowics, & Marlow, 2016). Une étude qualitative sur l'avortement par l'ABPF (2015) montre que les avortements sont souvent perçus comme un crime ou un péché selon les valeurs religieuses et culturelles. En plus, dans la communauté la différence entre un avortement spontané et un avortement provoqué n'est souvent pas fait. Les complications et conséquences des avortements sont

perçues par la plupart comme une souffrance « spirituellement » méritée ou comme un châtement dont l'atténuation est hors de l'entendement humain (ABPF, 2015). Une autre étude sur les attitudes, croyances et action stigmatisant sur l'avortement a été faite par l'ABPF (ABPF, 2016). Durant cette étude, 200 entretiens ont été fait avec les hommes et femmes dans la communauté et cette étude montre que :

- 60% des enquêtés ont des perceptions négatives sur l'avortement.
- 21% des enquêtés sont favorables à l'exclusion et à la discrimination des femmes qui ont eu recours à l'avortement.
- 45% des enquêtés ont des préjugés négatifs et sont d'accord pour l'exclusion des jeunes filles ayant recours à l'avortement.

Sur la base des entretiens, il ressort que le constat selon lequel si des complications surviennent à la suite d'un avortement à risque, la clandestinité diminue. Donc la clandestinité diminue seulement au moment où l'état de la femme est en danger (IPPF 2015).

L'environnement de l'offre des services

Au Bénin, le processus de décentralisation a commencé en 1995. Au décours de cette décentralisation, le Bénin a maintenant 77 commune de santé organisé dans 34 zones de santé (Turner, Senerowics, & Marlow, 2016). Au niveau santé primaire, les services sont fournis par les Unités villageoises de santé, les centres de santé (arrondissement et commune) avec comme premier niveau de référence, l'hôpital de zone. Pour les patients, ce sont normalement les points d'entrée du système de santé. Les services spécialisés limités tels que la pédiatrie et la gynécologie, sont fournis au niveau périphérique au niveau de l'hôpital de zone et au niveau intermédiaire au niveau des centres hospitaliers départementaux. Au plus haut niveau de soin existe des « centre hospitaliers universitaires » dans les zones urbaines (Turner, Senerowics, & Marlow, 2016). Le tableau N°3 montre quelques caractéristiques générales du système de santé du Bénin.

La direction de la santé de la mère et de l'enfant est en charge de la santé de la reproduction. Cependant, le ministère de la santé a développé plusieurs stratégies sur la santé de la reproduction pour réduire la mortalité maternelle, y inclus les soins après avortement (Turner, Senerowics, & Marlow, 2016).

Tableau III : Caractéristique généraux⁵

Couverture en infrastructure	93,1%
Taux de fréquentation	50,4 (2014)
Dotations en santé	86 991 851 000 FCFA
Dépenses en santé du PIB	4,59% (2014)
Dépenses de poche	52% de dépense de santé (2006) (Index Mundi, 2018)
Ressources humaines	7,8 agents qualifiés pour 10.000 habitants
Pourcentage de naissances assistées par un professionnel de la santé qualifié	77.2% (2014) (HRP, 2017)

Disponibilité et accessibilité de l'avortement sécurisé

En général, les services de santé reproductive ne sont pas bien accessibles. Les raisons les plus importantes pour cet inaccessibilité sont : « le manque de prestataires formés et le faible état de fonctionnement des infrastructures et de l'équipement en raison du mauvais entretien » (Turner, Senerowics, & Marlow, 2016, p. 19). Pour le moment, il n'est pas encore déterminé dans quelle

⁵ DPPD Secteur Santé (2016-218)

mesure les femmes ont accès à des soins complets d'avortement (Turner, Senerowics, & Marlow, 2016). Cependant, le guide *de l'Avortement Médicalisé au Bénin* décrit quels types de services doivent être établis à quel niveau du système de santé. Les centres de santé d'arrondissement doivent être capables de pratiquer les AMIU. Au niveau des hôpitaux de zone et centres de santé privés agrés, les services d'AMIU, les avortements médicamenteux et la prise en charge des complications des avortements doivent être disponible et dans les centres hospitaliers universitaires, les avortements au deuxième trimestre et la prise en charge de toutes les complications de l'avortement (Ministère de la Santé, 2011).

A travers les données qualitative, l'ABPF a fait une analyse qui montre : « que les structures les plus sûres sont celles qui sont moins accessible et disponibles, alors les services les moins sûrs et les plus risqués sont les plus disponibles et les plus accessibles pour la population » (ABPF, 2015). L'étude qualitative de Tuner (2016) montre que la majorité des répondants disent que les avortements sont surtout faits dans les cliniques privées ou les cliniques d'ONG. La qualité des avortements effectués dans les cliniques privés n'est pas toujours connue. Aussi l'étude de Baxerres, Boko, Konkobo, Ouattara, & Guillaume (2018) montre que les cliniques privés jouent un grand rôle dans les avortements, surtout les petits centres de santé privés. Dans ces centres, les prix varient entre 15 000 CFA et 55 000 CFA.

Au Bénin, seul le misoprostol est enregistré sur la liste des médicaments essentiels comme médicament générique. En 2007, le ministère de la Santé a arrêté que le misoprostol peut seulement être administré sur prescription. Il semble que les règles de prescription pour le misoprostol soient bien respectées. Cependant, il est facilement accessible sur les marchés de Cotonou. Le statut officiel de la mifépristone n'est pas assez clair. Officiellement, la mifépristone n'est pas enregistré sur la liste des médicaments essentiels. Cependant, la mifépristone qui dispose d'une AMM est décrite dans les guides et standards sur l'avortement médicalisé au Bénin, donc approuvée par le ministre de la Santé (Turner, Senerowics, & Marlow, 2016). Il n'est aussi pas décrit si la mifépristone est réellement indisponible ou pas.

L'avortement à risque : acteurs et méthodes

L'étude de l'ABPF (2015) décrit que plusieurs méthodes sont utilisées pour les avortements à risque. Durant les entretiens, les méthodes suivantes sont ressorties : les méthodes médicamenteuses (produits traditionnels ou les combinaisons comportant au moins 1 produit allopathique), les méthodes instrumentales (divers outils métalliques/non-métalliques de récupération) et les mélanges de substances non spécifiques comme essence mélangée avec alcool ou Guinness avec de la potasse. L'étude de Turner, Senerowics, Marlow (2016) décrit que les tiges et les tisanes sont souvent utilisées comme méthode de l'avortement à risque.

Les acteurs qui fournissent les services d'avortement à risque sont des personnes ayant des qualifications très variables. Ils sont pratiqués par les agents de santé, les matrones, les tradipraticiens, les vendeuses des médicaments de rue ou la femme elle-même (ABPF, 2015).

Perception des femmes et expérience de l'avortement

Peu d'informations sont disponibles sur les perceptions des femmes. L'étude Turner, Senerowics, Marlow (2016, p. 20) confirme ça : « Il n'existe pas d'études publiées actuellement sur les attitudes des prestataires et des femmes vis-à-vis de l'avortement et des comportements d'avortement des femmes au Bénin ». Une seule étude a été trouvée : Ezin (2016) a fait une étude au sein des adolescents et jeunes (12-25 ans) dans la communauté de Tchaourou qui montre que 9 sur 10 pense que « le fait d'avoir contracté une grossesse non désirée n'est pas un motif valable pour avorter ». Plus que 90% des adolescents et jeunes pensent qu'à cause de la croyance ou de la santé de la mère, les IVGs ne doivent pas être fait. Plus que 50% pense que l'avortement est un péché. « 46 % estiment que

l'avortement peut entraîner la mort de la femme ». Les principales raisons données par les adolescents et jeunes qui croyaient que l'avortement est justifié en cas de grossesse non désirée étaient : les études, les pressions familiales, le manque de moyens financiers pour le suivi de grossesse et le conjoint (Ezin, 2016).

Activités de plaidoyer et acteurs

Si nous examinons les activités qui ont lieu au Bénin en ce qui concerne le plaidoyer pour l'avortement, on constate que le nombre d'ONG présentes au Bénin est plus bas que dans plusieurs autres pays de l'Afrique de l'ouest. L'analyse situationnelle Turner, Senerowics, & Marlow (2016) décrit que seulement quelques ONGs internationaux travaillent sur les avortements ou la santé de la reproduction : ABPF et PSI. Le nombre d'organisations locales qui travaillent dans le domaine de la SR est très limitée aussi (Turner, Senerowics, & Marlow, 2016). Cependant, il y a plusieurs associations professionnelles qui travaillent sur la question de l'avortement, comme par exemple l'Association des sages-femmes du Bénin (Turner, Senerowics, & Marlow, 2016).

Les activités de plaidoyer ont été faites au niveau de l'assemblée nationale de la République du Bénin mais n'a pas abouti à des changements concernant la loi sur l'avortement. L'opposition est forte et provient principalement de l'église catholique, les leaders musulmans ou les autres qui ont des objections religieuses ou morales. Ils ont joué un grand rôle dans le blocage de la libéralisation des politiques d'avortement. Il n'y a pas un accord selon les participants de l'étude de l'ABPF (2016) sur la façon dont ces activités sont structurées.

Attitudes professionnelles envers l'avortement

L'information limitée est disponible sur les attitudes des professionnels concernant l'avortement. Dans un projet de IPAS sur le misoprostol, les visites de client mystère a été faite à 10 pharmacies à Cotonou. Durant ces visites, le client a essayé d'acheter le misoprostol sans prescription mais ne l'a pas reçu. Il a été constaté que dans les pharmacies le langage de jugement et de stigmatisation a été utilisé vers la femme (Turner, Senerowics, & Marlow, 2016).

L'étude de l'ABPF (2015) basé sur les entretiens décrit que « certains prestataires définissent l'avortement comme une manière de « sauver la vie », - celle de la mère - en lui évitant de risquer la mort, la ruine, plus de pauvreté et de souffrance ». Une autre enquête de l'ABPF (2016), menée au Bénin montre que dans une clinique où les prestataires de services ont été formés sur la Clarification des Valeurs et Transformation des Attitudes (CVTA), 84% des clientes ne se sont pas senties jugées par le personnel à propos de leurs choix d'avoir un avortement en 2016 (ABPF, 2016).

3.2 Enquête en ligne

Cette enquête a été adressée aux membres du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens du Bénin (CNGOB). Au total 40 personnes ont répondu aux différentes questions en ligne adressé dans l'enquête (taux de réponse 44%). L'objectif de cette enquête en ligne était de mieux comprendre le niveau d'implication et d'engagement des membres dans les activités du CNGOB, la façon dont les membres communiquent entre eux et les actions que mène la société en lien avec l'avortement au Bénin. Une vue globale des résultats de l'enquête se situe en annexe de ce document.

Caractéristique des membres du collège

65% des enquêtés sont gynécologues/obstétriciens de plus de 15ans d'expérience et ayant intégrés le collège lors de ces cinq dernières années. 70% des membres enquêtés appartiennent aussi à un autre organisme en dehors du CNGOB.

Engagement et niveau d'implication des membres du collège

De façon générale, la majorité (82.5%) des membres du collège interviewés déclarent être modérément voire très impliquée dans les activités du collège. La plupart des participants, participe aux formations (62.5%), aux conférences (80%) et aux réunions thématiques spéciales (60%).

Communication au sein du collège

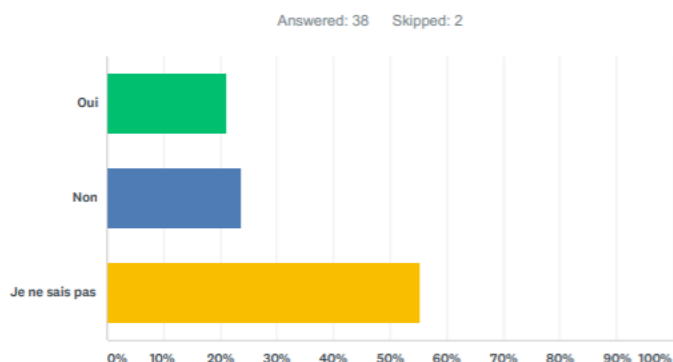
Le plus grand canal de communication utilisé au sein du CNGOB est WhatsApp : 100% des membres du CNGOB enquêtés affirment que WhatsApp est le canal de communication le plus utilisé entre le collège et ses membres. D'autres canaux de communication tels que les emails et le site internet sont utilisés entre les membres et le collège. Cependant une large majorité des répondants, (86.9%), partage qu'il faut renforcer la communication entre les membres et le CNGOB.

ANSWER CHOICES	RESPONSES	
La communication est déjà bonne	13.16%	5
La communication est acceptable mais peut être renforcée	76.32%	29
La communication est mauvaise et doit être améliorée	10.53%	4
Je ne lis pas les communications du CNGOB	0.00%	0
TOTAL		38

Position du collège par rapport à l'avortement

La plupart des répondants répondent qu'ils ne connaissent pas si le CNGOB a une position claire sur l'avortement sécurisé (55%) ou on dit que le CNGOB n'en a pas (23.7%). Pour les huit répondants qui connaissent la position du collège par rapport à l'avortement, 75%, estiment être tout à fait d'accord avec la position du CNGOB sur l'avortement sécurisé et 75% de ce nombre affirme qu'ils ont été informés de la position du collège lors des formations.

Q12 Est-ce que le CNGOB a une position claire envers l'avortement sécurisé ?



Une majorité de 68.4% déclare que le CNGOB n'informe pas les membres sur de nouvelles preuves d'avortement, de lois, de politiques et les pratiques en matière d'avortement. Presque la totalité des membres enquêtés (97.4%) souhaitent ainsi recevoir plus de connaissance sur les thèmes liés à l'avortement sécurisé. Les membres ont souligné qu'ils souhaitent surtout recevoir plus d'informations sur les lois, politiques et protocoles de l'avortement sécurisé.

Position des membres du collège sur l'avortement

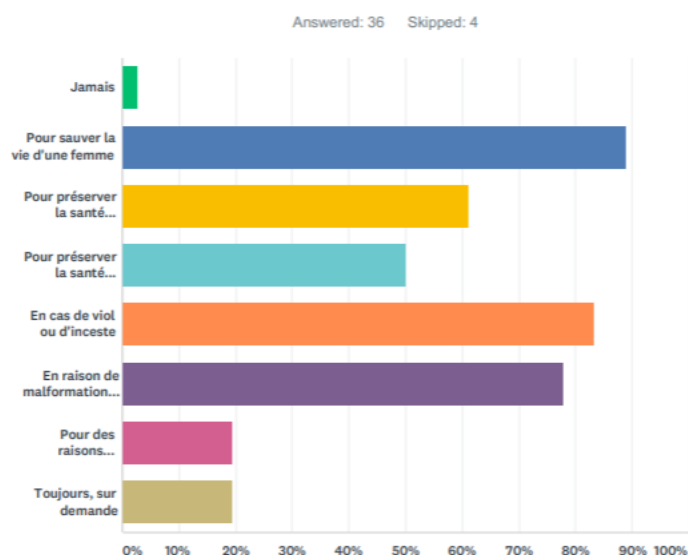
De façon générale, les répondants pensent qu'ils ne sont pas suffisamment informés sur les lois, directives internationales et politiques national sur l'avortement sécurisé (score de 2 à 3 sur une échelle de 5). En ce qui concerne les directives, politiques et informations sur les soins post avortement, les répondant se sentent bien informés (score 3 à 4 sur une échelle de 5).

	PAS INFORMÉ	UN PEU INFORMÉ	MODÉRÉMENT INFORMÉ	INFORMÉ	TRÈS INFORMÉ	TOTAL	WEIGHTED AVERAGE
Lois nationales sur l'avortement	18.42% 7	34.21% 13	15.79% 6	21.05% 8	10.53% 4	38	2.71
Directives internationales sur l'avortement sécurisé	26.32% 10	31.58% 12	21.05% 8	18.42% 7	2.63% 1	38	2.39
Politiques nationales sur l'avortement sécurisé	39.47% 15	28.95% 11	18.42% 7	7.89% 3	5.26% 2	38	2.11
Informations pratiques relatives à la pratique de l'avortement médicalisé (lignes directrices, recommandations)	13.16% 5	18.42% 7	28.95% 11	34.21% 13	5.26% 2	38	3.00
Directives internationales sur les soins post-avortement	2.63% 1	7.89% 3	10.53% 4	71.05% 27	7.89% 3	38	3.74
Politiques nationales sur les soins post-avortement	5.26% 2	10.53% 4	5.26% 2	63.16% 24	15.79% 6	38	3.74
Informations pratiques relatives aux soins post-avortement (lignes directrices, recommandations)	2.63% 1	7.89% 3	15.79% 6	60.53% 23	13.16% 5	38	3.74

La majorité des membres pensent que l'avortement sécurisé devrait être autorisé ou légalisé, lorsqu'il s'agit de sauver la vie (88.9%) ou de préserver la santé physique (61.1%) et mentale (50%) de la femme,

de viol ou inceste (83.3%), de malformation fœtale (77.8%). Une minorité pense que l'avortement devrait être légal pour les raisons économiques ou sociale (19.4%) ou toujours sur la demande (19.4%). Un répondant pense que l'avortement ne devrait jamais être autorisé.

Q22 Dans quelles circonstances pensez-vous que l'avortement sécurisé devrait être autorisé / légalisé? (plusieurs réponses possibles)



La majorité des membres du CNGOB enquêtés sont d'accord pour:

- Que l'avortement sécurisé fasse partie des soins de santé et ne doit pas être séparé du reste de la médecine (38.9% de tout à fait d'accord, 33.3% d'accord).
- Que les prestataires de santé devraient avoir le droit de décider d'effectuer ou non des avortements sécurisés en fonction de leurs valeurs personnelles et position envers l'avortement (52.8% de tout à fait d'accord, 27.8% d'accord).
- Les agents de santé qui s'opposent à des avortements sécurisés devraient être obligés de diriger les femmes vers d'autres agents de santé qui pratiqueront l'avortement sécurisé (41.7% de tout à fait d'accord, 38.9% d'accord).
- Les agents de santé ont un rôle à jouer en tant que défenseurs de l'avortement sécurisé (41.7% de tout à fait d'accord, 38.9% d'accord).
- Les soins post-avortement font partie des soins de santé et ne devraient pas être séparés du reste de la médecine (55.6% de tout à fait d'accord, 38.9% d'accord).
- Que les agents de santé devraient être obligés de fournir des soins post avortement à toutes les femmes, indépendamment du fait que l'avortement ait été légal ou non (72.2% de tout à fait d'accord, 16.7% d'accord).
- Les agents de santé doivent signaler aux autorités respectives, les cas présentant des signes d'avortements illégaux (33.3% de tout à fait d'accord, 25% d'accord et 22.2% neutre).

Mais sont plutôt en désaccord pour:

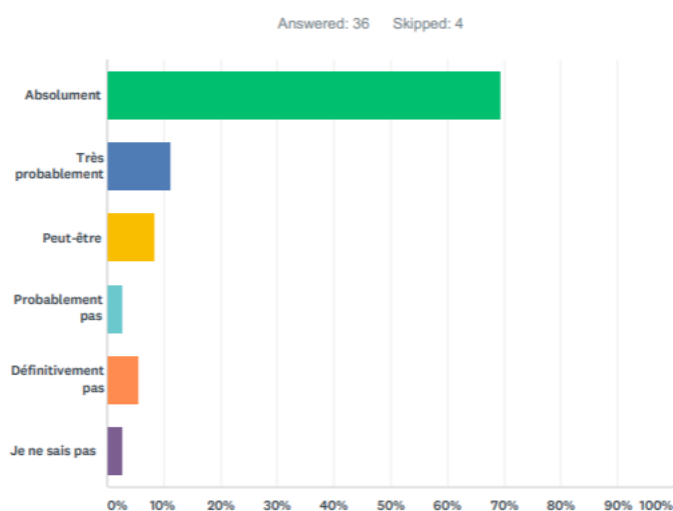
- Que les avortements sécurisés doivent être effectués que dans les cliniques privées et pas dans le système de santé publique (61.1% pas d'accord, 33.3% fortement en désaccord).

Sur la déclaration suivante il y avait une variété d'opinions et une majorité significative pour l'accord ou le désaccord n'a pas été trouvé:

- Que les agents de santé spécialisés (gynécologues et obstétriciens) devraient être obligés d'effectuer des avortements sécurisés dans les cas où la loi le permet (27.8% tout à fait d'accord, 13.9% d'accord, 11.1% neutre, 27.8% pas d'accord, 19.4% fortement en désaccord).

Une large majorité des membres affirment être absolument ou très probablement d'accord pour soutenir le CNGOB dans le plaidoyer pour l'avortement sécurisé.

Q24 Souhaitez-vous soutenir le CNGOB dans le plaidoyer pour l'avortement sécurisé?



Résumé

L'enquête montre que la communication entre les membres peut être renforcée et que le moyen de communication le plus courant est WhatsApp. Après les membres de CNGOB, la position du collègue par rapport à l'avortement sécurisé n'est pas bien connue. Presque la totalité souhaite avoir plus d'information sur l'avortement sécurisé et ont partagé qu'ils ne se sentent pas bien informés sur les politiques, normes et procédures sur l'avortement sécurisé. Mais ils se sentent bien informés pour ce qui est des cas de soins après avortement.

La majorité est d'accord que l'avortement doit être légalisé pour sauver la vie, préserver la santé physique et mentale de la femme, en cas de viol ou inceste ou malformation fœtale. La majorité des répondants est d'accord que les agents de santé qui s'opposent à des avortements sécurisés devraient être obligés de diriger les femmes vers d'autres agents de santé qui pratiqueront l'avortement sécurisé. En plus, la plupart des participants souhaite soutenir le CNGOB dans le plaidoyer pour l'avortement sécurisé.

Par conséquent, la communication pourrait être améliorée en utilisant davantage l'email, le site Web et WhatsApp pour partager la position de CNGOB sur l'avortement sécurisé. Il est nécessaire de clarifier la position de la société et celle des membres individuelles sur l'avortement sécurisé afin d'accroître l'engagement à plaider pour l'avortement sécurisé.

3.3 Les entretiens avec des acteurs clés

Un total de 10 entretiens a eu lieu pour l'évaluation des besoins. Les entretiens ont été faits avec les représentants du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens du Bénin, le mouvement d'action des jeunes, IPPF/ABPF, PSI/ABMS, une sage-femme, les femmes juristes du Bénin et le ministère de santé (Tableau N°4).

Tableau N°4 Participants des entretiens

No.	Association/ Society/Organisation	No of Répondants
1	Membres du CNGOB	3
2	Mouvement d'actions des jeunes (MAJ)	2
3	ABPF/IPPF	1
4	PSI/ABMS	1
5	Les femmes juristes du Bénin	1
6	Ministère de la santé	1
7	Sage-Femme	1
	TOTAL	10

Environnement de l'avortement sécurisé

Cadre Juridique

La loi de 2003 sur la santé sexuelle et de la Reproduction décrit: « L'interruption volontaire de grossesse n'est autorisée que dans les cas suivants et sur prescription d'un médecin : Lorsque la poursuite de la grossesse met en danger la vie et la santé de la femme enceinte ; à la demande de la femme, lorsque la grossesse est la conséquence d'un viol ou d'une relation incestueuse ; lorsque l'enfant à naître est atteint d'une affection ou d'une particulière gravité au moment du diagnostic.

Presque tous les répondants ont partagé qu'au Bénin la loi sur l'avortement est une grande barrière pour avoir accès à l'avortement sécurisé. Les participants ont décrit qu'à cause de la loi, les avortements sont fréquemment fait clandestinement parce que les prestataires formés ont peur d'offrir les services. Non seulement la loi est vu comme une barrière, mais sa mauvaise connaissance est décrite comme un obstacle par plusieurs répondants. Il a été rapporté que souvent les médecins/gynécologues, les magistrats et la police ne sont pas au courant de la loi 2003. Les différents entretiens confirment que plusieurs participants ne sont pas au courant de cette loi mais font toujours référence à celui d'avant la loi de 2003. Plusieurs raisons étaient données pour la faible connaissance de cette loi. Le MS a dit qu'ils n'ont pas encore eu le temps de vulgariser la loi. D'autres participants ont dit que le MS n'a pas voulu vulgariser cette loi auprès de certaines personnes ou que les médecins/gynécologues ne sont pas intéressés à connaître et comprendre la loi sur l'avortement sécurisé. Aussi un désintérêt pour les problèmes des femmes a également été souligné par un répondant.

C'est le code pénal qui est utilisé par les hommes de justice, la loi de 2003 n'est même pas connue par eux. Dans le cadre d'un atelier d'élaboration du décret, on a invité des policiers et magistrat, pasteurs etc. Durant l'atelier les magistrats n'avaient pas connaissance de la loi ils ont dit qu'ils regardent le code pénal seulement » (IPPF)

Durant les entretiens, il a été discuté que la loi de 2003 ne décrit pas les sanctions/pénalisations pour l'avortement et qu'à cause de ça le code pénal qui date des années 1700 est toujours en vigueur. Ce code pénal ne tient pas compte des trois conditions légales de l'avortement décrit dans la loi de 2003. Il a été constaté que pour cette raison il est très important d'harmoniser les différentes lois et codes.

Au cours de l'atelier, il est apparu que la loi 2015 portant code de l'enfant en République du Bénin, a prévue des dispositions pénales et que c'est ce code qui est en vigueur et pas le code pénal. Durant les entretiens, personne n'a parlé du code de l'enfant ce qui pourrait montrer encore une faible compréhension du cadre juridique concernant l'avortement.

Décret d'application

Il a été constaté que l'absence d'un décret d'application cause des difficultés étant donné que la façon dont la loi doit être interprétée n'est pas claire : qui est autorisé à offrir les services d'avortements, quel processus doit être suivi en cas d'inceste ou viol, dans quelles structures de santé les avortements peuvent être fait et comment interpréter « santé » dans la phrase « met en danger la vie et la santé de la femme enceinte ». Au moment des entretiens (Avril 2018), le décret d'application a été développé sous l'initiative du ministère de la justice mais n'avait pas encore été signé. Les raisons qui justifient la non signature de ce décret ne sont pas clairement comprises ou connues.

Demande

Plusieurs participants ont partagé qu'ils pensent que la demande pour l'avortement est là mais que c'est la loi et les autres facteurs socio-culturels qui justifient pourquoi les avortements sont faits clandestinement.

« La demande d'IVG est très grande au Bénin, je pense que j'ai au moins 5 filles/femmes par semaines qui me demande de faire l'avortement » (membre du collège)

Un participant a partagé que la situation de demande pour l'avortement est différente de celle de la planification familiale (PF). Pour la PF la demande doit toujours être créée mais pour les avortements la demande est déjà là : si une femme décide de faire un avortement, elle va tout faire pour le réussir.

Les positions de l'avortement sécurisé selon différentes institutions.

Ministère de la Santé (MS) : Le MS se bat pour réduire le ratio de décès maternels (347 par 100 000). Ils ont constaté que parmi les causes des décès maternels, il y a l'avortement à risque. Le MS n'a pas encore développé une stratégie spécifique sur l'avortement sécurisé mais une stratégie pour les soins après avortement existe. Ensemble avec IPAS, ils ont développé un guide et standards sur les avortements médicalisés. IPAS veut faire une étude sur l'avortement au Bénin pour mieux comprendre la situation. Le MS a dit qu'ils vont adapter leurs actions en fonction de ces chiffres d'IPAS. Durant l'entretien, il a été plusieurs fois discuté de comment la PF peut être une stratégie pour réduire les décès maternels.

Lors des entretiens, certains participants ont montré qu'ils ont le sentiment que le ministère est neutre en ce qui concerne l'avortement. Un participant a dit qu'elle pense qu'être neutre veut dire être contre parce que tu ne donnes pas de soutien. Elle partage que le ministère participe normalement aux ateliers sur l'avortement mais qu'après les ateliers ils ne font rien : les promesses faites ne sont pas suivies. Un autre participant a dit que le MS est ouvert sur les discussions par rapport aux avortements, qu'ils sont conscients du problème de l'avortement et que ça peut aider les autres organisations qui travaillent sur les avortements sécurisés.

Collège (CNGOB) : Le collège n'a pas une position claire sur l'avortement sécurisé. Un participant a dit qu'il pense que cette position claire n'existe pas parce que l'avortement est interdit par la loi. Durant les entretiens la majorité des membres du collège a partagé d'être prêts à soutenir le collège pour le plaider pour l'avortement sécurisé. En plus, les participants ont montré que si la loi devrait être libéralisée, il serait très important que le processus pour recevoir les services d'avortement soit structuré : les directives sont nécessaires pour connaître les différentes étapes à suivre durant un avortement et de savoir qui peut offrir les services d'avortement sécurisé (quel prestataire et dans quels centres).

ABPF : Cette association béninoise membre de l'IPPF décrit que dans leurs cliniques tous les services sont disponibles pour SR. Ils pensent que faire l'avortement est un choix fondamental et on ne doit

pas imposer ce qu'une femme doit faire. Plusieurs gynécologues ont partagé qu'ils réfèrent les filles/femmes pour un avortement dans les conditions prévues par la loi vers les cliniques de l'ABPF.

PSI/ABMS : A cause de la politique de la ville de Mexico (présenté par Trump), PSI et ABMS sont devenus deux organisations distinctes. ABMS ne travaille plus sur l'avortement. L'objectif de PSI est d'avancer sur l'avortement sécurisé. Ils disent que pour le moment, ils se conforment à la loi mais ils souhaitent que la loi soit changée pour que si une femme a besoin de faire l'avortement que ça soit possible.

MAJ (Mouvement d'Action des Jeunes) : Cette structure partage qu'ils sont pour l'avortement sécurisé et qu'ils sont dans un processus de plaidoyer pour les changements de la loi et la signature du décret d'application. Un participant de MAJ dit: « *je vois l'avortement comme les services contre le palu ou le VIH, tout le monde a ce droit* ».

L'Association des Femmes Juristes du Bénin (AFJB): La position de l'AFJB est qu'elle n'est pas d'accord avec la loi et qu'elles souhaitent qu'elle soit changée. Ils ont expliqué que quand l'avortement ne sera pas autorisé par la loi, les avortements seront toujours faits de façon clandestine et que si les avortements ne sont pas faits clandestinement il y aurait moins de complications, d'infections et d'infertilités.

Personnel opinion

Les opinions des gynécologues sur l'avortement diffèrent : il y a des gynécologues qui soutiennent l'avortement et des gynécologues qui ne soutiennent pas l'avortement. La plupart des gynécologues ont dit que généralement ils ne pratiquent pas les avortements, sauf dans certains cas rares (inceste par exemple). Deux raisons importantes ont été données pour ne pas pratiquer les avortements. La première est qu'à cause de la loi, Les gynécologues ne souhaitent pas prendre les risques ou avoir les problèmes comme ils pensent que l'avortement est complètement interdit. Un gynécologue a dit que si la loi autorisait l'avortement, qu'il allait le faire. Il a illustré avec un exemple que seulement à cause de la peur pour les sanctions qu'il ne fait pas les avortements :

« Une fois j'ai fait l'avortement comme c'était un magistrat qui était venu. Il a dit que sa femme a un contrat de travail et qu'elle doit attendre deux années avant de tomber enceinte. J'ai fait l'avortement parce que je savais que le magistrat ne va pas porter plainte » (Membre du collègue)

La deuxième raison pour ne pas supporter les avortements ou de ne pas pratiquer les avortements est la religion et/ou la conscience.

« Je n'ai aucun commentaire et aucune opposition sur IVG ou soin après avortement. Chacun décide de sa vie et surtout les femmes. Une femme qui décide d'interrompre la grossesse, si vous écoutez les raisons c'est puissant. Mais moi-même je ne fais pas les avortements parce que les femmes ne peuvent pas payer ma conscience donc il faut s'assurer avec la PF » (Membre du collègue)

« Sur le plan spirituel c'est dangereux de tuer quelqu'un ; et pour que Dieu te pardonne, il faut sauver les vies. Quand je vais mourir, j'espère que ça va bien se passer pour moi et que je serai pardonné pour mes premiers vingt ans, quand je faisais les avortements. Maintenant j'ai fait 10 ans de transition sans faire les avortements et j'espère qu'il me reste encore 45 ans pour sauver des vies » (Membre du collègue)

Référence

Quelques gynécologues ont dit qu'ils ne font pas la référence quand une femme demande un avortement mais eux même ne le pratiquent pas. Ils ont dit que la référence n'est pas faite parce qu'ils ne savent pas où référer. D'autres gynécologues ont dit qu'ils font la référence quand une femme demande:

« Si tu fais la référence tu n'es pas auteur mais tu es complice, dans ma vie j'ai vu des choses horribles. Avant, je disais non à l'IVG mais après j'ai vu des filles parties ailleurs le faire. Mais vous êtes à la garde et ces mêmes filles reviennent avec le sang partout ou le caca partout et on devra mettre un anus artificiel c'est pour ça que maintenant je suis complice, je réfère » (Membre du collège)

Soins après avortement

Concernant les soins après avortement, les participants ont été beaucoup plus ouverts. Tout le monde dit qu'ils offrent ces services parce que ce n'est pas illégal. En plus, plusieurs participants ont dit que la majorité des prestataires des soins ont eu les formations sur les soins après avortement et que les directives existent et sont connus.

Un participant de PSI partage qu'au Benin, l'avis personnel influence fortement la décision de pratiquer les avortements ou non. Par exemple, la politique et le guide sur l'avortement existe pourtant son application pendant l'offre des services dépend de l'avis du prestataire.

Les relations entre les différentes sociétés professionnelles

Au cours des entretiens, il est ressorti clairement qu'il y a plusieurs organisations qui travaillent sur l'avortement. Cependant, il n'y a pas une bonne collaboration entre ces différentes organisations et même quand la collaboration existe, elle n'est pas structurelle. Certaines organisations ont été surprises d'entendre que le collège travaille sur le plaidoyer pour l'avortement sécurisé. En plus, plusieurs gynécologues ne savent pas où référer les femmes/filles pour un avortement sécurisé. Ce qui peut expliquer les difficultés au niveau des collaborations. Les répondants ont partagé qu'il serait important de renforcer les collaborations entre les différentes organisations et partenaires :

« C'est important de travailler ensemble avec les autres parties, comme ça on a plus de forces si on travaille ensemble. Par exemple, les jeunes devrait être impliqués dans les actions de plaidoyer pour assurer la synergie d'action » (MAJ).

Niveau d'influence

Durant les entretiens, il a été clairement constaté que le lobby fait par les religieux *contre* l'avortement est fort. Surtout les catholiques qui sont très influents. Il semble que de l'autre côté (les pro-choix), les différents acteurs sont moins puissants. Le MS a dit que pour mieux adresser le lobby religieux, il est très important d'avoir les données/chiffres sur l'avortement pour qu'un changement puisse être fait. Plusieurs participants de différentes organisations ont dit qu'ils souhaitent collaborer avec le collège pour le plaidoyer pour l'avortement sécurisé d'afin avoir plus d'influence.

Les opportunités pour renforcer le réseautage sur l'avortement sécurisé.

Comme notifié plus haut, plusieurs répondants ont dit que le collège occupe une bonne position pour faire le plaidoyer pour l'avortement sécurisé. Comme c'est leur domaine d'expertise et qu'ils connaissent bien la réalité ça sera une opportunité.

« Je souhaite la collaboration avec les gynécologues comme les gynécologues sont mieux placés. Si on a leur soutien, ce sera très facile d'avoir la légalisation. On peut faire un projet de

plaidoyer pour l'avortement ensemble. Nous voulons les entendre et leur faire part de ce qu'on fait ! » (MAJ)

« Les techniciens sont toujours des personnes qui sont connus et ont une autorité, c'est eux qui peuvent parler des problèmes. S'ils font le plaidoyer pour réviser la loi ou s'ils seront plus actifs ça va avoir plus d'impacts » (PSI)

Quelques participants ont dit qu'alors que la loi est restrictive, elle constitue une opportunité comme ce n'est pas complètement interdit. En plus, dans la loi c'est décrit que l'avortement est autorisé quand la poursuite de la grossesse met en danger la vie et la santé de la femme enceinte mais « santé » n'est pas définie ou opérationnalisée. Au niveau du MS, le répondant a dit que normalement la santé veut dire tout l'état de bien-être et que ça inclut aussi l'aspect mental. Il décrit que ça peut être une porte ouverte pour les actions sur le plaidoyer. Cependant, en même temps il réalise que l'absence de cette définition peut poser les difficultés.

En plus, les répondants ont dit que pour faire le plaidoyer pour l'avortement sécurisé, c'est important de travailler ensemble avec la population et les religieux. Les participants ont décrit qu'au niveau de la population il y a une certaine hypocrisie : si les autres veulent faire les avortements, ils se cachent derrière la religion et disent que c'est comme tuer les enfants mais quand ça se passe sur eux-mêmes, ils demanderont l'avortement.

« On doit continuer avec le plaidoyer, il faut toujours informer la population et informer le mandataire du peuple pour que l'on enlève l'hypocrisie » (Membre du collège)

Les participants ont constaté qu'en ce moment les médias jouent un rôle limité dans l'avortement mais que pour travailler avec la population, c'est important qu'ils soient impliqués aussi. Un participant a dit que le collège même doit mener des actions/activités pour informer la population.

« Je pense que le collège doit faire des campagnes de sensibilisation : 1 fois par mois on doit quitter Cotonou, aller dans les localités faire les séances sur la PF, les IST, VIH et SIDA et parler sur les complications de l'avortement à risque. Il faut planifier les grossesses mais aussi éviter les complications des grossesses. Il faut qu'on en parle ! Parler n'est pas interdit » (Membre du collège)

Rôle actuel de certains acteurs dans le plaidoyer pour l'avortement sécurisé

Dans le pays, plusieurs activités de plaidoyer pour l'avortement sécurisé ont été fait à divers niveaux et par différentes organisations/structures. L'un des résultats des activités de plaidoyer est le développement du guide et standards sur les avortements médicalisés. En plus, des activités de plaidoyer ont été faites pour l'enregistrement de misoprostol sur la liste des médicaments génériques (Rôle actuel dans la défense de l'avortement sécurisé). Maintenant PSI veut faire le plaidoyer pour l'enregistrement d'un Combi-pack de misoprostol et mifépristone. PSI partage que le guide et standards sur les avortements médicalisés est un point d'accès pour les activités de plaidoyer étant donné qu'il réfère à l'utilisation de mifépristone dans ce document. Aussi PSI partage qu'il fait le plaidoyer pour former les prestataires sur l'avortement sécurisé. PSI a mentionné qu'ils ont travaillé ensemble avec le collège sur l'introduction du « harm reduction » dans le curriculum des prestataires des soins. Depuis décembre, ce curriculum est développé et mis en œuvre.

En plus, le MAJ avec l'ABPF ont développé un plan d'action de plaidoyer en vue de la signature du décret d'application pour la loi de 2003 sur l'avortement. Pour le moment, les activités ne sont pas encore mises en œuvre mais l'idée dans le plan d'action ne vise pas que le changement de mentalité au niveau communautaire (travailler avec les chefs religieux et traditionnels).

3.4 Atelier de partie prenants

Durant les différentes sessions de l'atelier, cinq thèmes généraux ont émergé: améliorer les dimensions juridiques; transformer les normes sociales à tous les niveaux; améliorer le partenariat et la mise en réseau, assurer un processus de génération et d'utilisation de preuves pour l'action puis le renforcement de la capacité de la société sur les avortements sécurisés. Les participants ont déterminés différentes activités pendant l'atelier pour augmenter l'accès à l'avortement sécurisé par le plaidoyer, comme décrit ci-dessous. Le plan d'action final (Annexe 5) pour le CNGOB est fortement basé sur ces activités identifiées.

1. Améliorer les dimensions juridiques

- Accélérer le processus de signature des décrets d'application de la loi de la SR
 - o Faire un lobby pour l'introduction rapide de la communication en conseil des ministres
 - o Faire le suivi (MS)
- Disséminer la loi et ses décrets d'application sur l'avortement sécurisé
 - o Vulgariser la loi et ses décrets d'applications : affiches, spots, plaquettes etc.
 - o Faire prendre des arrêtés d'application par le ministère de la santé/notes de services
 - Définir la liste des formations sanitaires qui peuvent offrir les services
 - Préciser le profil des prestataires de services
- Réviser la loi sur la SR
 - o Faire le plaidoyer pour la révision de la loi (MS → Députés)
 - o Faire une relecture de la loi (professionnels de santé)

2. Transformer les normes sociales à tous les niveaux

- Améliorer la perception d'au moins 50% de la population d'ici à 3 ans sur l'avortement
 - o Organiser 15 séances de formations à l'endroit de 450 professionnels et média sur l'avortement sécurisé en 3 ans
 - o Organiser 36 séances de clarification de valeurs à l'endroit des autorités à divers niveaux (gouvernement et institutions)
 - o Concevoir des outils et supports de communication sur l'avortement lors des sensibilisations et fêtes foraines (500)
 - o Organiser de façon bimensuelle des séances de sensibilisation à l'endroit de la population
 - o Vulgariser les textes de lois régissant l'ouverture des cliniques privés et sur l'offre des services d'avortement
- Bannir les avortements non sécurisés

3. Améliorer le partenariat et la mise en réseau

- Identifier les partenaires
 - o Répertorier les partenaires existants
 - o Rechercher de nouveaux partenaires
- Définir une stratégie de collaboration
 - o Organiser les rencontres avec les partenaires
 - o Etablir des accords de partenariat en fonction des domaines déconcentrés
 - o Soumettre un projet de plaidoyer
- Mettre en réseau les différentes parties prenantes
 - o Nommer des points focaux (avortement sécurisé)
 - o Coordonner les interventions des partenaires

- Elaborer les procédures de référence et de contre références
- Organiser des rencontres périodiques (plateforme)

4. Assurer un processus de production et d'utilisation des preuves pour l'action

- **Produire les preuves sur les besoins d'avortement**
 - Recenser les études antérieures
 - Initier de nouvelles études
 - Collecter les données dans les registres soins après avortement
 - Recueillir les témoignages (victimes, parents et soignantes)
 - Réaliser un vox populi sur le thème
 - Réaliser le documentaire des cas d'avortement à risque admis dans les Centre de Santé
 - Sensibiliser les professionnels de santé pour la collecte des images vidéo et déclarations des cas d'avortements.
 - Elaborer des supports de communication (sur la loi et décret) : plaquettes, guide de sensibilisation
- **Utiliser les preuves et support de manière innovante**
 - Recourir aux mass media et aux réseaux sociaux : émissions, débats, radio, télé, diffusion des documentaires et affiches
 - Développement de « frequently asked questions » (FAQ)
 - Développement d'un numéro Vert
 - Vulgariser les textes de loi et décrets
 - Jeux concours
 - Distribution/affichages
 - Organiser des entretiens illustrés. Cibles : leaders d'opinion, diverses autorités, organisations communautaire de base (réseautage).
 - Organiser les examens périodiques universels et les formations. Cibles : professionnels de santé

5. Renforcement de la capacité de la société sur les avortements sécurisés (pour être visible et accessible)

- Identifier les personnes ressources
 - Nommer les points focaux
 - Former les points focaux identifiés (sur la clarification des valeurs et transformation des attitudes)
 - Développer la vision du collège sur les avortements sécurisés
- Dynamiser les activités du collège
 - Réaliser les Enseignements Postuniversitaires (EPU) trimestriellement
 - Organiser les journées biannuelles
 - Redynamiser le site internet de CNGOB
- Maitriser la loi sur l'avortement sécurisé
 - Organiser les ateliers de vulgarisation de la loi sur les avortements
- Equiper le collège en matériel (didactique, logistique)
 - Faire un plaidoyer auprès des institutions
 - Acquérir le matériel didactique/logistique
 - Construire un siège pour le collège

Réseautage

Pendant les travaux de groupe, le réseautage pour l'avortement sécurisé a été fait. L'annexe 3 fournit un résumé des alliés et des réseaux où des alliés potentiels pourraient être trouvés. Cela devrait être vu comme une table dynamique. Les nouveaux alliés peuvent être identifiés et des alliés potentiels peuvent se déplacer.

Forces, Faiblesses, Opportunités, et Menaces

Au cours de l'atelier, les participants ont identifié dans les groupes : les forces, faiblesses, opportunités et menaces du CNGOB dans le plaidoyer pour l'avortement sécurisé. Leur connaissance théorique et pratique sur la santé de la reproduction et leurs expériences avec les avortements sont entre autres vues comme les forces. Cependant, les faiblesses constatées sont: leur méconnaissance de loi et les insuffisances de ressources financières. Les opportunités identifiées sont qu'ils peuvent former les personnels de santé par l'introduction d'un cursus dans la formation sur la prise en charge des avortements et qu'ils peuvent faire la sensibilisation au niveau de la communauté. Les menaces constatées sont liées aux activités de lobby fait par les religieux et le contexte socio culturel. Les principaux résultats de l'analyse SWOT figurent à l'annexe 4.

Plan d'action

Comme dernier exercice, les groupes ont commencé à définir les objectifs et les activités d'un plan d'action pour le plaidoyer pour l'avortement sécurisé. Le plan d'action a pour objectif global d'améliorer la capacité du CNGOB sur le plaidoyer pour l'avortement afin d'augmenter l'accès à l'avortement sécurisé et de réduire la morbidité et la mortalité résultant de l'avortement à risque. Les activités devraient servir à atteindre les objectifs et incluront les différents niveaux de plaidoyer et les réseaux sociaux abordés pendant l'atelier. Après l'atelier des parties prenantes, l'équipe de consultants a continué à développer le plan d'action, y compris les livrables. Le plan d'action continuera à être développé en consultation avec le CNGOB et la FIGO. Un plan d'action préliminaire peut être trouvé à l'annexe 5.

4. Conclusion

Les différentes composantes de l'évaluation des besoins ont confirmé que l'avortement à risque et ses complications constituent un problème majeur au Bénin. Les avortements à risque mettent en danger la vie de nombreuses femmes. La pratique de l'avortement à risque est tellement répandue qu'il y a un appel à l'avortement sécurisé pour réduire ce problème. Cependant, le plaidoyer pour un avortement sécurisé fera face à de nombreuses difficultés là où les normes, les croyances (religieuses) et valeurs personnelles ne soutiennent pas l'avortement sécurisé.

Cette étude montre certains défis auxquels le collège pourrait être confronté durant le plaidoyer pour l'avortement sécurisé :

- **Manque de données sur l'avortement sécurisé:** Pour les prestataires de soins qui procèdent à un avortement médicalisé, par peur d'être arrêtés, il ne renseignent pas les données en tant que tel. Les soins complets d'avortement sont parfois enregistrés sous forme de soins après avortement. Il y a donc un manque de données suffisantes et fiables qui peuvent être utilisées pour la promotion de l'avortement sécurisé.
- **Cadre juridique :** de multiples documents existent sur l'avortement notamment la loi 2003, le code pénal, le code de l'enfant qui définissent les conditions d'accès aux services d'avortement. Ces documents ne sont pas harmonisés en termes d'informations; aussi la loi 2003 manque de décret d'application laissant perplexe les prestataires de service sur son application.
- **Méconnaissance de la loi et des directives :** En général, il n'y a pas une bonne connaissance des textes et ou des documents qui régissent l'avortement au Bénin. Les prestataires de services et les acteurs qui œuvrent dans le domaine ne maîtrisent pas correctement les politiques nationales et la loi sur l'avortement.
- **Environnement social :** La stigmatisation liée à l'avortement s'observe à différents niveaux. Elle existe au niveau individuel, communautaire, organisationnel ou politique. Par peur de la stigmatisation, les femmes et les filles se voient contraintes d'aller vers les services à risque mettant ainsi leur vie en danger. Les convictions religieuses et la perception sociale de l'avortement renforcent la stigmatisation et constituent une forte barrière à l'accès aux services sécurisés.
- **Différentes vues dans le collège:** Au sein du CNGOB, les membres n'ont pas tous les mêmes perceptions des services d'avortement sécurisé. Les points de vue sur l'avortement sécurisé sont divergents au sein des membres selon que la religion ou la perception personnelle permet d'offrir les services ou pas. Cependant, la majorité semble être prête à jouer un rôle dans le plaidoyer pour l'avortement sécurisé. Pour cela, la définition d'une position claire du CNGOB sur l'avortement sécurisé sera important dans ce cas précis.
- **Fournir les services en clandestinité :** Il y a une grande demande pour les services d'avortement mais à cause de la loi et l'environnement social, les avortements sont fréquemment faits en clandestinité. A cause de cela, les prestataires de soins de santé qui pratiquent l'avortement ne parlent pas ouvertement des services qu'ils fournissent. Ainsi, plusieurs prestataires offrent les soins complets d'avortement mais les enregistrent sous le vocable de soins après avortement.

Pour renforcer le plaidoyer en faveur de l'avortement sécurisé, il faut que les différentes parties prenantes s'engagent à mener des actions à tous les niveaux afin de convaincre les décideurs. La forte présence du CNGOB est un atout en tant que leader dans les connaissances techniques et expériences

capable d'influencer les décideurs sur l'avortement sécurisé. Le collège est un cadre idéal capable de faire un réseautage avec les associations et organisations partageants les mêmes points de vue afin de garantir des services sécurisés d'avortement aux filles et aux femmes qui en expriment le besoin.

5. Recommandations pour le programme futur

En construisant sa base en tant que défenseur de l'avortement sécurisé, l'association aura besoin de relever les différents défis potentiels identifiés lors des entretiens avec les informateurs clés et l'atelier de deux jours. Cela pourrait inclure les éléments suivants:

1. Renforcer la gestion et l'organisation du CNGOB en tant que formidable plaidoyer pour l'avortement sécurisé
2. Établir un réseau coordonné et dynamique d'associations qui soutiennent l'avortement sécurisé
3. Transformer les normes sociales et de genre à tous les niveaux concernant l'avortement sans risques mais dans le contexte de la loi Béninoise
4. S'assurer que le cadre légal est cohérent tout en menant une sensibilisation auprès des parties prenantes et à tous les niveaux pour une interprétation harmonieuse des textes législatifs.
5. Assurer un processus de généralisation et d'utilisation des données pour la surveillance et la planification des services

Bibliographie

- ABPF. (2015). *AVORTEMENTS A RISQUE AU BENIN: Ampleur, determinants et analyse politiques actuelles de lutte*.
- ABPF. (2016). *Stigmatisation: La barrière invisible à l'accès des jeunes aux services de SRH*.
- Baxerres, C., Boko, I., Konkobo, A., Ouattara, F., & Guillaume, A. (2018). Abortion in two francophone African countries: a study of whether women have begun to use misoprostol in Benin and Burkina Faso. *Elsevier*, 97(2), 130-136.
- Ezin, S. R. (2016). *LES DIFFÉRENTES PERCEPTIONS DE L'AVORTEMENT CHEZ LES ADOLESCENTS ET JEUNES DE L'ARRONDISSEMENT DE TCHAOUROU*. Science et bien commun. Récupéré sur <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/tchaourou/chapter/les-differentes-perceptions-de-lavortement-chez-les-adolescents-et-jeunes-de-larrondissement-de-tchaourou/>
- Guttmacher Insitute. (2015). *Factsheet: contraceptive use in Benin*. Récupéré sur <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/contraceptive-use-benin>.
- HRP. (2017, May 7). *Global abortion policies Data Base*. Récupéré sur Country Profile Benin: <http://srhr.org/abortion-policies/country/benin/>
- Index Mundi. (2018). Récupéré sur <https://www.indexmundi.com/g/g.aspx?c=bn&v=69>
- INSAE. (2013). Enquete démographique et de santé (EDSB-IV) 2011-2012. *Ministere du Developpement, de l'analyse economique et de la prospective*.
- INSAE. (2015). *RGHP4: Que retenir des effectifs de population en 2013*. Republique du Benin .
- Ministere de la santé. (2011). *Avortement medicalise au Benin: guides et Standards*. Cotonou. Récupéré sur <https://srhr.org/abortion-policies/documents/countries/03-Benin-Medicalised-Abortion-Guidelines-and-Standards-Ministry-of-Health-2011.pdf>
- Population data. (2018). *Population data Benin*. Récupéré sur <https://www.populationdata.net/palmares/>
- Republique du Benin. (2003). *Droit & Lois: Loi N° 2003-03 du 03 mars 2003 & Loi N° 2003-04 du 03 mars 2003*.
- Turner, K., Senerowics, L., & Marlow, H. (2016). *Comprehensive abortino care needs and opportunities in Francophone West Africa: Situational Assessment Results*. Récupéré sur <http://www.ipas.org/en/Resources/lpas%20Publications/Comprehensive-Abortion-Care-Needs-and-Opportunities-in-Francophone-West-Africa.aspx>

Annexe 1 Programme et participants de l'atelier

En raison de contraintes de temps, le programme a été adapté pendant les jours. Temps de démarrage a été plus tard et certaines composantes ont été sautées.

Temps	Contenu
JOUR 1 : 5 Avril	
8.30-9.45	Introduction: Se connaître les uns les autres, les attentes, le but, les objectifs, le programme, les rôles des participants de l'animateur, les normes du groupe, le processus d'évaluation, l'entretien ménager
9.45 -10.30	Présentation des résultats préliminaires du pays; validation de l'analyse;
10.30 – 11.00	Pause-café
11.00 – 12.00	Dialogue sur les raisons de l'avortement et ce qu'il faut améliorer pour répondre au besoin des femmes d'avorter légalement et en toute sécurité
12.00 – 12.30	Implications des lois nationales sur l'avortement sur l'accès à l'avortement sécurisé.
12.30-13.00	Discuter des positions sur les croyances personnelles par rapport aux responsabilités professionnelles;
13.00 -14.00	Déjeuner
14.00-15.00	Qu'est-ce que le plaidoyer: concept, niveaux et défis
15.00 – 16.45	Les défis, les obstacles et les opportunités de plaidoyer pour l'avortement et les implications de ce que signifie être un défenseur de l'avortement.
16.45 -17.00	Evaluation de la journée
17.00 -17.30	Cocktail de fin.
JOUR 2 : 6 Avril	
8.30-9.00	Récapitulatif du jour 1
9.00-10.00	Réseaux sociaux et atteindre différents publics
10.00 – 10.30	Pause-café
10.30 – 11.00	Discuter des questions au parking
11.00 – 12.30	Identifier les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces de l'association nationale pour plaidoyer pour l'avortement.
12.30-13.00	Déjeuner
13.00 -16.00	Développer un plan d'action pour plaidoyer pour l'avortement en petits groupes
16.00 -16.30	Présentation et discussion des plans d'action en plénière
16.30 - 17.00	Évaluation et au revoir
17.00 – 17.30	Cocktail de fin

Elaboration sur le contenu de l'atelier

L'atelier comportait huit composantes:

1. Introduction: une session où l'historique et les objectifs de l'évaluation des besoins et de l'atelier des parties prenantes ont été expliqués, la logistique du processus de facilitation, les rôles et les normes du groupe ont été discutés. Professeur Benjamin Hounkpatin a commencé la journée.

2. Présentation des résultats préliminaires des pays et identification des besoins des femmes pour un avortement sûr et légal: une session où les résultats préliminaires de l'étude documentaire sur les antécédents nationaux, le contexte juridique et politique, la stigmatisation de l'avortement, l'environnement de prestation de services et les activités de plaidoyer dans le pays présenté et validé avec les participants. Dans une seconde partie de la session, des études de cas sur les femmes ayant obtenu un avortement à risque ont été discutées et analysées en groupes. Les besoins du point de vue de la femme ont été identifiés en ce qui concerne la disponibilité, l'accès et la qualité des services d'avortement sans risque, les dimensions environnementales et juridiques.

3. Partager les positions et les croyances personnelles; Discuter des responsabilités professionnelles: une session où les obstacles personnels et les motivations pour fournir un avortement sécurisé ont été explorés, avec l'accent sur le fait que tout le monde a droit à des croyances personnelles, qui ne sont pas remises en question. Les croyances personnelles ont été comparées aux responsabilités professionnelles et la résolution de la FIGO sur l'objection de conscience a été discutée à la lumière des obstacles restants (tels que les professionnels limités disponibles dans le pays).

4. Qu'est-ce que le plaidoyer et pourquoi les fournisseurs comme défenseurs: une session pour définir le plaidoyer et mettre l'accent sur la force unique des prestataires de santé pour le plaidoyer basé sur: expérience de première main, fiabilité, vaste réseau, client-fournisseur intermédiaire, prestige et statut.

5. Trois rôles d'un défenseur: une session pour explorer son rôle de défenseur en tant qu'éducateur, témoin ou persuader dans différents scénarios de plaidoyer: fournisseur-client, fournisseur-fournisseur, réseau professionnel-fournisseur, fournisseur-média, fournisseur-décideur politique.

6. Réseautage et atteindre différents publics: une session pour explorer les réseautages pour le plaidoyer pour l'avortement sécurisé, identifier les alliés actuels et potentiels et les moyens de les atteindre.

7. Analyse des forces, des faiblesses, des opportunités et des menaces (SWOT): à la capacité de plaidoyer de l'avortement de CNGOB

8. Elaboration d'un plan d'action: une session sur la base des résultats des composantes de la session précédente, identifie les objectifs et les activités pour la prochaine proposition sur le plaidoyer pour l'avortement sécurisé.

Liste des participants à l'atelier

	NOM	D'OU	CNGOB ?
1	PERRIN RENE XAVIER	CHU MEL	CNGOB
2	HOUNKPATIN BENJAMIN	CHU MEL	CNGOB
3	BAGNAN TONATO ANGELINE	CHU MEL	CNGOB
4	ABOUBAKAR MOUFALILOU	CHU MEL	CNGOB
5	FIOGBE ARNETTE	CHU MEL	CNGOB
6	DENAKPO JUSTIN	CUGO	CNGOB
7	TSHABU AGUEMON CHRISTIANE	CUGO	CNGOB
8	HOUNDEFFO TIBURCE	CUGO	CNGOB
9	TAIROU ADAMA	CUGO	CNGOB
10	KLIKPEZO ROGER	HIA	CNGOB
11	MOUSTAPHA RAZACK	PRIVE	CNGOB
12	EWAGNIGNON EMMANUEL	PRIVE	CNGOB
13	DAOUDA SIKIROU	PRIVE	CNGOB
14	ATTADE WILLIAM	PRIVE	CNGOB
15	ADJAO RAZAKI MOUSTAPHA	PRIVE	CNGOB
16	DETONGNON COHOVI	CHUD-OP PORTO NOVO	CNGOB
17	DR SYMPHOROSE LOKOSSOU	CHUD-OP PORTO NOVO	CNGOB
18	PATRICE DANGBEMEY	CHU MEL	CNGOB
19	SOLANGE ABLAWAVI KANMADOZO ADECHOKAN	PADRE PIO CDU COTONOU	CNGOB
20	MATHIEU OGOUDJOBI	CHUD-OP PORTO NOVO	CNGOB
21	SOSTHÈNE ADISSO	UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI	CNGOB
22	BÉRENGER AMADJI	PRIVE	CNGOB
23	ESTHER DADJO	HZ OUIDAH	CNGOB
24	ZANNOU ROBERT FRANCK	DSME (MINISTERE DE LA SANTE)	
25	TOSSOU BOCO THIERRY	DSME (MINISTERE DE LA SANTE)	
26	AYIVI PRUDENCIA	ABMS/PSI	
27	KITIHOON SERGE	ABPF	
28	ELVIS SERIKI	MAJ/ABPF	
29	WILDAF BÉNIN	WILDAF	
30	BLANDINE SINTONDJI	ASSOCIATION DES FEMMES JURISTES	
31	LAURENCE MONTEIRO	L'ASSOCIATION DES SAGE- FEMMES	
32	EGOUNLETY PASCALINE		
33	YARINE MOUTAÏROU		

Annexe 2: Aperçu de l'enquête en ligne sur les résultats

Le résumé des réponses à l'enquête en ligne est fourni dans un fichier supplémentaire, en format PowerPoint.

Annexe 3 : Réseautage

Niveau	Acteurs	Comment les atteindre
Acteur internationaux	FIGO	
Réseautage professionnel	<ul style="list-style-type: none"> • Association des sages-femmes Benin (ASFB) • Association des cliniques privées du Benin (ACPB) • Association des Gynécologues Obstétriciens Privés du Bénin (AGOPB) • Association des Etudiants de médecine • Gynécologues & obstétriciens (les individuels) • ONMB • Associations professionnelles 	<ul style="list-style-type: none"> • Rencontre formelles (support : manuels de procédures) & Rencontre formelles de persuasion (faire sortir l'éthique et la déontologie). • Journées de réflexion • Symposium • Formation • Congres • Réunion d'échange • Séminaires/ateliers • Formation sur la clarification de valeur sur l'avortement de sécurisé • Formation sur l'utilisation de misoprostol
Niveau de la politique national	<ul style="list-style-type: none"> • Ministère de la famille • Ministère de la sante : DNS, DNSP • Ministère de la justice • Ministère des enseignements • Parlement 	<ul style="list-style-type: none"> • Rencontre formelles et informelles • Entretiens individuelles • Sensibilisation • Présentation de cas de témoignage
Niveau de la politique locale	<ul style="list-style-type: none"> • Association nationale des communes du Benin (ANCB) 	
ONGs & bi et multilatéral	<ul style="list-style-type: none"> • ABMS • ABPF • CARE BI 	<ul style="list-style-type: none"> • Rencontre formelles • Séminaire d'information et formation sur les méthodes d'avortement, suivi, rédiger le plan d'action • Journées de réflexion • Symposium • Formation • Congres • Réunion d'échange • Séminaires/ateliers
Réseau juridique	<ul style="list-style-type: none"> • Réseau Wildaf 	<ul style="list-style-type: none"> • Journées de réflexion • Symposium • Formation • Congres • Réunion d'échange • Séminaires/ateliers

Réseau religieuse	<ul style="list-style-type: none"> • Leaders religieux • Leaders traditionnels • Les élus locaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Appui sur la coalition des leaders traditionnel/religieux • Rencontres formelles (prêches, vidéo, statistiques, témoignage) • Réunions d'échange • Entretiens individuelle • Formation sur la clarification de valeur sur l'avortement de sécurisé avec utilisation des images
Communauté	<ul style="list-style-type: none"> • Associations des jeunes : MAJ/OCJ/PJB, JA /SR/PF • Association pour la formation en milieu rural (AFMR) • Organisations de la société civile (OSC): Rifonga Benin • Organisations des femmes • Coalition Organisations de la société civile pour la PF (OSCPF) • L'association générale des producteurs de blé et autres céréales (AGPB) 	<p>Informers, clarifier les valeurs, former, faire rédiger des plan d'action</p>
Media	Journalistes	

Annexe 4 : Analyse SWOT

Analyse SWOT de la capacité de la société nationale pour la défense de l'avortement sécurisé	
<p>FORCES</p> <p>1. Que pensez-vous faire bien ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conférence de sensibilisation (information sur les avortements et ses complications : statistiques) - Interventions dans les médias (radio, télé, presse écrite) - Réunion périodique <p>2. Quelle sont vos forces uniques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compétences tant que professionnels de santé <p>3. Quelles connaissances spécialisées avez-vous ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Connaissance théoriques et pratiques sur la santé de la reproduction. <p>4. Sur quelles connaissances pouvez-vous puiser ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Expériences professionnelles, vécus quotidiens <p>5. Faire mieux :</p> <p>Faire un lobbying en se basant sur les connaissances théoriques, pratiques et les expériences</p>	<p>FAIBLESSES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Méconnaissance de la loi - Insuffisance de ressources humaines qualifiées (AS) - Insuffisance de ressources financières - Absence de matériel (vidéos, voitures et autres) - Certains professionnels de santé qui veulent/peuvent pas faire les avortements - Religieux + leader traditionnels <p>Besoins :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Communication - Connaissance de la loi - Renforcement de capacité
<p>OPPORTUNITES</p> <p>1. Que faire de plus :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Former le personnel de santé - Introduire dans le cursus de formation, la prise en charge des avortements - Former les relais communautaires sur les questions d'avortement - Sensibilisation de la population à la base <p>2. Comment accomplir :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Étendre les actions à l'endroit des institutions étatiques - Former les membres du gouvernement, du parlement et des institutions, - Pérenniser les acquis (suivi, évaluation) - Utilisation des témoignages divers <p>3. Publics à atteindre :</p>	<p>MENACES</p> <p>1. Obstacles</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lobby religieux - Lourdeur administrative - Contexte socio-culturel: les prestataires sociales, tabous sexuels, stigmatisation) - Réticence de certains prestataires <p>2. Force de vos adversaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forte influence des leaders religieux • Incontournables dans la prise de décisions • Force de la tradition

- Les agents de santé
- Les étudiants en médecine
- Les relais communautaires
- Les décideurs nationaux
- Leaders et religieux
- Les têtes couronnées
- Chef traditionnels
- Les journalistes

4. Les nouveaux canaux :

- Les réseaux sociaux
- La presse
- Les radios sociaux, les vedettes de la musique béninoise

3. Que font-ils que vous ne faites pas?

- Les religieuses sont en contact permanent avec la population
- Organisation discipline

Annexe 5 : Plan d'action du pays

Un plan d'action préliminaire sera inclus dans un fichier séparé en format Excel.